

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

53

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HA-TA-NGOC

Né le 28 février 1908, à Baclieu (Cochinchine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AMYGDALECTOMIE TOTALE
A CHAUD

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HA-TA-NGOC

Né le 28 février 1908, à Baclieu (Cochinchine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'AMYGDALECTOMIE TOTALE

A CHAUD

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RAGINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HASARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT Obs étrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. DONZELOT. DUVOIR. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	} Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCO. CADENAT. GATELLIER. MOURE. QUENU. VELTER.	} Clinique chirurgicale.
---	----------------------	---	--------------------------

MM. ÉCALLE. METZGER.	} Clinique obstétricale.
----------------------------	--------------------------

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Qui n'a épargné aucun sacrifice pour mon instruction, même ceux les plus lourds qu'on puisse s'imposer, je dédie ce modeste travail en témoignage de la plus profonde et de la plus affectueuse des grátitudes de ma vie. Puisse ce geste insignifiant de l'enfant qu'elle aime, lui apporter quelque satisfaction en ses vieux jours.

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Commandeur de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu me faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de ma vive gratitude.*

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR BOURGEOIS

Officier de la Légion d'honneur
Ancien oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laennec

*Auquel je dois mes premières notions
en oto-rhino-laryngologie.*

*En témoignage de ma profonde re-
connaissance.*

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR A. BLOCH

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laennec

*Qui a bien voulu m'inspirer le sujet
de cette thèse.*

*En témoignage de ma profonde recon-
naissance et en hommage respectueux
de ma vive gratitude pour le bienveillant
accueil qu'il m'a toujours réservé dans
son Service.*

A M. LE DOCTEUR MOREAU

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hospice de Bicêtre

A M. LE DOCTEUR J. COTTET

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

A M. LE DOCTEUR HUET

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

A M. LE DOCTEUR ROSSERT

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Saint-Joseph

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'AMYGDALECTOMIE TOTALE A CHAUD

Avant-Propos

Dans ce modeste travail nous avons en vue l'étude d'une méthode de traitement des phlegmons péri-amygdaliens, méthode relativement récente et consistant en l'ablation immédiate de l'amygdale malade en pleine période de suppuration, alors que suivant l'opinion classique, la seule manœuvre à pratiquer devait être l'incision donnant issue au pus collecté de l'abcès. Mais si ce traitement était excellent pour obtenir une amélioration immédiate, il n'empêchait pas la répétition périodique des abcès, sans parler des complications susceptibles de survenir telles que : hémorragies, septicémie, phlegmons des espaces pharyngiens. En outre, ce traitement était insuffisant pour assurer un bon drainage, soit parce que l'incision n'a pas été faite au lieu d'élection, soit parce que sa fermeture a été trop précoce.

C'est ainsi que certains spécialistes, pour obvier aux inconvénients de ce traitement classique, tentent d'appliquer un traitement plus radical, à la fois cura-

tif et préventif. D'où est née l'amygdalectomie à chaud.

L'amygdalectomie à chaud, bien que pratiquée par de nombreux auteurs aussi bien en France qu'à l'étranger, soulève encore à l'heure actuelle de vives critiques.

Elle est considérée par les uns comme une méthode dangereuse pouvant entraîner des accidents graves : hémorragies post-opératoires et dissémination au loin de l'infection par septicémie, par les autres au contraire comme une méthode « idéale et de choix ».

C'est dans ces conditions et en partant de ces considérations que nous voulons essayer par la brève étude qui suit d'apporter notre point de vue relatif à ce sujet.

Voulant dans ce travail rester dans le cadre limité de notre sujet, nous ne faisons que rappeler brièvement l'anatomie de l'amygdale et celle de sa loge. Nous renvoyons le lecteur aux traités classiques d'anatomie et aux travaux récents tels que ceux de Viéla, de Toulouse, et de G. Canuyt, de Strasbourg.

Historique

D'après G. Canuyt, Chassaignac préconisait déjà l'amygdalectomie à chaud en 1859 « comme la méthode logique et idéale des suppurations de l'amygdale et des amygdalites aiguës ».

Il écrivait dans son *Traité de la suppuration et du drainage* (Paris, 1859) :

« Nous n'hésitons pas dans les cas de suppurations tonsillaires comme d'ailleurs dans les cas d'amygdalites aiguës à enlever la glande malade avec l'instrument de Fahrenstock modifié par nous et d'après les principes de notre procédé opératoire.

« Non seulement nous n'avons jamais vu survenir aucun accident à la suite de l'opération pratiquée, mais la disparition de tous les symptômes aigus et une cicatrisation rapide de l'amygdale incisée dans cet état en sont la conséquence ».

Cette méthode malgré ses succès fut abandonnée. Ce n'est qu'une cinquantaine d'années après qu'elle a été de nouveau reprise par différents auteurs, en particulier :

Ricardo Botey (*Annales des maladies de l'oreille*, 1900,

p. 500), en 1900, pratiquait l'amygdalectomie partielle comme traitement des angines phlegmoneuses.

En 1911, cette méthode fut conseillée par Winckler (Ueber therapie der phlegmonosen Entzündungen des Waldeyerschen Ringes. *Dtsch. med. wochenschr.*, 1911, n° 46).

Barnes, en 1915, publia une série de cas d'amygdalites aiguës et d'abcès périamygdaliens traités et guéris par l'amygdalectomie totale (The radical treatment peritonsillar abcess, 30 décembre 1915. *Boston med. a surg. journ.*, 30 déc. 1915).

A des dates plus récentes, Hollinger, en 1921 ; Huges, Heller, en 1922 (Peritonsillar abcess and its radical treatment *Laryngoscope*, n° 3), ont pratiqué l'ablation de l'amygdale chez les malades porteurs d'abcès amygdaliens.

Lewinger pratiquait seulement l'amygdalectomie partielle portant sur les 2/3 de l'amygdale, respectant dans tous les cas le pôle inférieur.

Mais ce n'est là que des tentatives isolées. C'est seulement dans ces dix dernières années que l'amygdalectomie a été pratiquée sur une plus large échelle et par de nombreux auteurs.

A. Linck (l'abcès de l'amygdale et l'amygdalectomie à chaud [opération de Winckler]. *Zeit. f. Hals. Nassen*, n° 3, juillet 1933), depuis 1928 pratique systématiquement l'amygdalectomie à chaud, chaque fois qu'il se trouve en présence d'un abcès de l'amygdale et il estime que cette manière de faire encouragée par

Winckler et Lewinger donne des résultats meilleurs que ceux que l'on obtient par simple incision.

En 1929, Erdely pratiquait l'amygdalectomie chez de nombreux malades porteurs d'abcès péri-tonsillaires.

Récemment, en 1931, Giussanni, au XVII^e Congrès de la Société italienne d'O.-R.-L., confesse d'avoir toujours eu une invincible et naturelle répugnance à procéder aux amygdalectomies à la période aiguë.

Pourtant depuis le jour où, ayant surmonté cette aversion naturelle, il s'est décidé à pratiquer l'amygdalectomie à chaud, il a changé d'opinion à cet égard.

Mais Zollner, qui a aussi une longue expérience de la méthode, n'est pas partisan de la pratique systématique de ce procédé.

En France, G. Canuyt et ses collaborateurs ont été les premiers, en 1931, à exécuter l'amygdalectomie à chaud, mais dans le but de recherches sur le siège exact de la suppuration. Leur expérience portait sur plus de 100 cas. Ils n'ont eu à déplorer ni incident ni accident, mais ont fait des réserves sur cette intervention.

Ils ont communiqué les résultats de leurs recherches à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris en 1931.

A la suite de leurs communications, Le Mée, Guillon, Dalsace ont apporté à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris (Séance du 20 juin 1932), le cas d'une jeune malade atteinte d'un phlegmon latéro-amygdalien avec localisation articulaire et guérie par

tonsillectomie à chaud et immuno-transfusion préventive.

L. Leroux, pratiquait la même opération sur de nombreux cas d'abcès amygdaliens et dans un article de la *Presse Médicale*, du 31 décembre 1932, (traitement des abcès périamygdaliens par l'amygdalectomie à chaud) s'est montré favorable à cette intervention.

L'année suivante, M. E. Halphen communiquait à la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris, 30 observations d'amygdalectomie à chaud, pour phlegmons périamygdaliens. Il a émis la même opinion.

Anatomie pathologique

Nous n'avons pas la prétention de donner ici une description anatomique complète des amygdales telle qu'on peut la trouver dans tous les traités classiques. Nous envisageons seulement les détails anatomiques qui nous paraissent présenter de l'intérêt en ce qui concerne l'amygdalectomie à chaud et surtout l'étude du plan de clivage.

L'amygdale, sur les $\frac{2}{3}$ de sa surface et surtout sur sa face externe, est entourée d'une capsule fibreuse qui a été minutieusement étudiée par Viéla dont les conclusions ont été les suivantes : « formation appartenant à l'amygdale, la capsule est en rapport très intime avec celle-ci dont il est impossible de la séparer ».

Cette capsule est très épaisse au niveau du pôle supérieur de l'amygdale, mais elle diminue d'épaisseur à la partie moyenne de la face externe et, au niveau du $\frac{1}{3}$ inférieur de la tonsille, elle est réduite à des éléments épars.

Entre la capsule amygdalienne et la paroi musculaire du pharynx existe une lame de tissu cellulaire, véritable plan de clivage extra-capsulaire. C'est une

zone de moindre résistance, zone lâche, qui n'existe qu'aux $\frac{2}{3}$ supérieurs de la face externe de la capsule et remplacée au niveau du $\frac{1}{3}$ inférieur par des adhérences intercapsulo-pariétales, adhérences dues à la présence du hile vasculo-nerveux.

En avant, ce plan de clivage se continue avec le tissu lâche qui remplit le pilier antérieur. Il y a là un point faible antérieur.

En arrière, il est cloisonné au niveau de l'insertion du pilier postérieur.

Pour ce qui est de la localisation de l'abcès, si on se reportait aux descriptions classiques, on en trouverait plusieurs types de localisations.

Le type antéro-supérieur, le plus fréquemment observé en clinique, serait logé entre le pilier antérieur et le pôle supérieur de la tonsille ; l'abcès bombe dans le voile et refoule l'amygdale en dedans, en bas et en arrière.

Le type postérieur siège entre le pilier postérieur et l'amygdale. Le pilier postérieur œdématié, apparaît comme un bourrelet vertical, rouge, lisse, refoulant la glande en avant.

Enfin, l'abcès inférieur et intra-amygdalien est rare.

Quant au siège exact de la collection, il a été envisagé différemment :

1^o Killian le localise dans la fossette sus-amygdaliennne ;

2^o Kowler, dans le tissu cellulaire du voile, car la symptomatologie clinique de l'abcès étant vélique ;

3^o Chiari, en 1889, a soutenu cette hypothèse que l'abcès pourrait être extra-pharyngé, dans l'espace préstylien. Cette hypothèse a été reprise plus tard, en 1902, par Arsinoles.

Actuellement, à la suite des travaux de Viéla et les recherches de Canuyt sur le siège exact de ces abcès, soit sur les cadavres, soit sur le vivant (injection de lipiodol suivie de radiographie et tonsillectomie à chaud), il semble unanimement admis que la suppuration siège dans l'espace cellulaire décollable extra-capsulaire.

Diagnostic.

Le diagnostic du plegmon de la loge amygdalienne est en général facile lorsque sa symptomatologie est au complet (Trismus, bombement du voile, œdème du pilier et de la luette), mais il existe des cas où l'on éprouve de réelles difficultés à cause du manque de netteté et de précision des signes cliniques, de la présence d'un tableau à peine esquissé. Nous avons à distinguer le phlegmon de l'amygdale des autres affections dont la thérapeutique est toute différente.

1^o DIPHTÉRIES AMYGDALIENNES.

G. Canuyt nous fait remarquer que combien de diphtéries amygdaliennes ont été confondues avec des phlegmons et dans ce cas nous estimons qu'opérer de telles malades, c'est aller à l'encontre du but recher-

ché. Il nous conseille, pour réduire les erreurs de diagnostic, de faire systématiquement dans de pareils cas :

- 1^o Un prélèvement en vue d'un examen bactériologique ;
- 2^o Une ponction exploratrice dont dépend notre thérapeutique.

Cette ponction, bien entendu, n'a pas une valeur absolue ; elle vaut ce que vaut la ponction en général ; néanmoins, elle nous rend de grands services : elle nous permettra de constater très précocement la collection avant l'apparition du bombement du voile et d'intervenir à bon escient. Si nous ne retirons pas du pus, cela nous évitera une intervention dangereuse sur une amygdale enflammée, non suppurée.

2^o ACCIDENTS DE LA DENT DE SAGESSE.

Non pas l'accident simple avec trismus et périodontite œdémateuse non suppurée, mais l'abcès périostique odontogène de la face interne de la branche montante, et bien étudié par Escat (*Archives internationales d'Oto-rhino-laryngologie*, en 1908, p. 58). Ces deux affections sont en général confondues à cause de l'intimité des rapports des deux foyers et de la similitude des symptômes cliniques : douleur, dysphagie, trismus et réactions inflammatoires du voile du palais et du pilier antérieur.

Le diagnostic entre ces deux affections est parfois difficile si la lésion dentaire causale échappe au pra-

ticien ou bien le symptôme du début n'a pas attiré l'attention du malade sur la dent en cause.

Escat lui-même, dans son travail, avoue que la « distinction entre ces deux affections n'affecte pas toujours une netteté absolue ».

3^o AMYGDALITE INTRAVÉLIQUE.

Dans l'enquête de la *Vie Médicale* (oct. 1930), Moulonguet et L. Leroux ont insisté sur la difficulté du diagnostic entre l'abcès et l'amygdalite intravélique.

Le bombement du voile est identique dans les deux cas. Le diagnostic est selon eux d'autant plus difficile qu'on se trouve parfois en présence des cas où le trismus et l'œdème de la luette, signes classiquement pathognomoniques de la suppuration, manquent dans l'abcès et existent, par contre, dans l'amygdalite intravélique. « Or il n'est pas indifférent d'enfoncer un bistouri ou une pince de Lubet-Barbon dans ou au-dessus d'une amygdale infectée et encore moins de dilacérer brutalement les muscles vélo-pharyngiens ; il peut en résulter des gangrènes pharyngées, des hémorragies mortelles, des septicémies extrêmement sévères. Une grande prudence est donc nécessaire en cas de doute et une tonsillectomie à chaud devra toujours être précédée de la ponction exploratrice ».

Indications opératoires.

Lorsqu'un malade porteur d'un phlegmon, la question qui se pose est de savoir à quel stade se trouve

le phlegmon? Existe-t-il déjà une collection purulente ou si l'affection est encore au stade inflammatoire? où un traitement abortif pourrait donner de bons résultats (injections *in situ* de bactéostaphyphage associées à une auto-hémo de 10 à 20 cm³ (E. Halphen), ou injection *in situ* d'électrargol (Bourgeois).

Mais si le bombement du voile est prononcé, le pilier antérieur paraît tendu, si la luette est œdématisée, en un mot, si la symptomatologie clinique nous fait soupçonner l'existence d'une collection de pus (que nous confirmera une ponction) nous croyons être autorisé à pratiquer l'amygdalectomie.

Anesthésie.

Le problème d'anesthésie, dans l'amygdalectomie à chaud, est loin d'être résolu. L'anesthésie locale par infiltration, qui est de règle dans l'amygdalectomie à froid, est, dans la plupart des cas, insuffisante puisque « pratiquée au milieu des tissus infiltrés et œdématisés » (Canuyt).

Pour L. Leroux, cette anesthésie s'avère le plus souvent impossible, car au niveau du tiers moyen et du tiers inférieur, l'aiguille s'enfonce de suite dans la collection et l'injection, si elle ne ressort pas, ne fait qu'augmenter la tension douloureuse. En pratique, l'auteur se contente d'une pulvérisation du pharynx à la cocaïne et d'un badigeonnage au liquide de Bonain au niveau du pôle supérieur et parfois d'une injection sous-cutanée de Pantopon.

Quant à l'anesthésie générale, nous ne croyons pas qu'elle soit à conseiller, à moins qu'on soit bien outillé pour éviter la chute de pus dans les bronches qui est toujours à craindre chez un malade endormi.

Dans le Service de notre Maître, le D^r A. Bloch, nous avons eu l'occasion de pratiquer l'amygdalectomie à chaud sur une dizaine de malades, nous avons suivi la méthode du Professeur E. Halphen consistant en une anesthésie du hile amygdalien par des injections de novocaïne au 1/200^e puis nous complétons par un badigeonnage des piliers et de l'amygdale au Bonain.

Nous avons dû nous rendre compte que l'anesthésie était insuffisante et, que l'opération était dans la majorité des cas douloureuse, mais, en général, bien supportée par les malades.

Technique opératoire.

Elle est à peu près identique à celle de l'intervention à froid avec cette minime différence que :

1^o Souvent l'opérateur est gêné par l'ouverture insuffisante de la bouche par suite du trismus, malgré la technique employée pour le vaincre (introduction d'un porte-coton recourbé légèrement à son extrémité, imbibé de bonain entre le cornet moyen et la cloison jusqu'au niveau de l'ostium sphénoïdal.)

2^o Les détails anatomiques sont moins nets par suite de l'œdème des tissus.

Les suites opératoires.

Chez la plupart des malades opérés, nous avons observé ce fait, signalé par les auteurs qui ont pratiqué cette méthode, à savoir : la bénignité des suites opératoires.

Le soulagement du malade est immédiat ; la douleur des jours suivants est pour ainsi dire nulle ou si elle existe, elle est en tout cas minime et bien moindre que dans l'amygdalectomie à froid.

La température baisse dès le soir même de l'opération ou le lendemain pour rester à la normale jusqu'à guérison. Nous n'avons observé ni incidents (saut chez un seul de nos malades), ni accidents graves. M. L. Baldenweck a observé une seule fois une hémorragie secondaire parmi les nombreux malades opérés. En tout cas, selon l'auteur, la fréquence de ces saignements est bien moindre que dans l'amygdalectomie à froid.

Avantages de l'amygdalectomie à chaud.

Nous reconnaissons à cette intervention les avantages suivants :

Au point de vue opératoire, la tâche de l'opérateur est facilitée par ce fait que le décollement, temps le plus long, est fait d'avance par la suppuration. Une fois l'amygdale libérée des piliers et de son pôle supérieur, il suffit d'une minime traction vers le bas pour détacher l'amygdale.

L'amygdalectomie à chaud offre encore cet avantage qu'elle évite les difficultés présentées par l'intervention à froid, par suite des adhérences pathologiques capsulo-pariétales.

Pour le malade, elle est à la fois curative et prophylactique.

Observations

OBSERVATION I

Mme T..., 40 ans, envoyée à Laennec par son médecin, pour un phlegmon de l'amygdale gauche, le 16 janvier 1938.

L'examen de la gorge nous a montré : une amygdale gauche tuméfiée bombant dans le fond de la gorge. Le pilier antérieur et le voile sont œdématisés.

Cette malade présentait à son entrée une température de 39°5.

Le lendemain, le 18 janvier, nous avons pratiqué une ponction exploratrice qui nous ramenait du pus. Nous avons alors décidé une amygdalectomie qui fut faite le jour même.

L'anesthésie a été faite avec de la novocaïne au 1/200^e et badigeonnage du pilier antérieur et du voile au bonain.

Pour vaincre le trismus, nous avons suivi la méthode du Professeur E. Halphen en introduisant entre le cornet moyen et la cloison jusqu'au niveau de l'ostium sphénoïdal un porte-coton légèrement recourbé à son extrémité et imbibé de bonain. Deux heures après l'opération, la malade est soulagée de sa douleur.

Le lendemain de l'opération, la température baissait pour atteindre, au bout de quarante-huit heures, la nor-

male et y persistait jusqu'à la sortie de la malade de l'hôpital.

Elle quitta le Service huit jours après, guérie de son phlegmon.

OBSERVATION II

Le deuxième cas est identique au précédent. Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, hospitalisée dans le Service pour un phlegmon de l'amygdale gauche.

Une ponction exploratrice nous ramenait du pus. L'amygdalectomie à chaud a été pratiquée alors que la malade présentait une température de 38°.

L'opération n'a donné suite à aucun accident. La malade est sortie de l'hôpital, guérie, neuf jours après son opération.

OBSERVATION III

Mlle M..., âgée de 25 ans, entrée à Laennec pour une douleur de la gorge entraînant dysphagie datant depuis quatre jours.

Température à 39°. Léger trismus.

Examen : tuméfaction de la région amygdalienne gauche, avec œdème de la luette et des piliers.

Ponction : pus.

L'amygdalectomie à chaud a été pratiquée. Le lendemain : température à 38° et amélioration nette des signes fonctionnels. Deux jours après l'opération, température : normale. Pas d'accidents post-opératoires. Plaie opératoire en voie de cicatrisation. Sortie de l'hôpital une semaine après : guérison.

OBSERVATION IV

Mme veuve A..., 30 ans, entrée à Laennec pour phlegmon de l'amygdale gauche, le 4 juin 1938.

Température à son entrée : 39°2.

Le 5 juin, ponction : pus.

Intervention à chaud.

Le soir, température 39°4.

Le 6 juin, température 38°.

Le 7 juin, température : 37°4, puis elle oscillait entre 37° et 37°2 jusqu'au quinzième jour où la malade sortait de l'hôpital, guérie.

Aucun accident post-opératoire.

OBSERVATION V

M. Hubert van B..., 47 ans. admis dans le Service du Dr A. Bloch, pour un phlegmon de l'amygdale gauche dont le début remontait à quatre jours avant son entrée.

La température était à ce moment à 38°4. Le lendemain de son entrée, le 18 septembre, l'amygdalectomie à chaud a été pratiquée. Le soir, la température s'élevait à 39°, et atteint 40° le lendemain, en même temps le malade accusait une sensation de douleur vague dans le genou droit, douleur qui s'accroissait progressivement pour atteindre son maximum au bout de quarante-huit heures.

Le malade se plaignait de douleurs intenses au genou droit, empêchant tout mouvement de la jambe correspondante.

L'examen nous a montré un genou légèrement tuméfié et très douloureux.

Le gonflement et la douleur siégeaient électivement à la hauteur de la patte d'oie. La mobilisation de l'article détermine de la douleur.

Cœur normal. T.-A. : 15-9.

Hémoculture : négative.

Un traitement anti-infectieux a été institué :

Rubiazol I. V.

Septicémine.

Salicylate par la bouche.

Le 20 septembre, deux jours après ce traitement, la température oscillait entre 38° et 38°8, et se maintenait aux environs de 37° 5 à partir du 24 septembre. En même temps on notait une régression de la douleur articulaire. Le malade pouvait exécuter quelques mouvements.

Le 30 septembre, c'est-à-dire douze jours après son opération, il commençait à se lever et se promener dans la salle, mais il gardait encore pendant quelques jours une raideur articulaire.

Le malade quitta le Service au bout du seizième jour de son opération, guéri de son phlegmon et de cet accident post-opératoire.

OBSERVATION VI

Mlle G..., 26 ans, hospitalisée à Laennec, le 9 avril 1938, pour être opérée des amygdales.

En effet, cette malade présentait une hypertrophie assez prononcée des amygdales. Un fait particulier à signaler chez cette malade, c'est qu'elle présentait une néphrite hématurique qui n'était pas ignorée d'elle, puisqu'elle nous racontait qu'à chaque poussée d'amygdalite coïncidait une poussée d'hématurie.

Nous avons cru devoir, en pratiquant l'amygdalectomie chez cette malade, instituer à la fois un traitement prophylactique de ses angines à répétition, et un traitement curatif de sa néphrite hématurique.

L'opération a été pratiquée dans les conditions habituelles et avec les précautions que nécessite une amygdalectomie à froid, c'est-à-dire en dehors de toutes poussées de température et de la période menstruelle.

Le troisième jour de l'opération, nous avons remarqué une forte coloration rouge des urines de cette malade. La recherche du sang se montrait fortement positive.

Le quatrième jour, sa température, qui était jusqu'alors à 37°4, atteignait 38° et 39° le cinquième jour.

Hémoculture : positive.

Examen de la gorge : la plaie opératoire, recouverte d'un enduit diphtéroïde, mais dont l'aspect ne nous semblait pas celui d'une plaie infectée.

L'haleine : un peu fétide.

A partir du cinquième jour, la température oscillait entre 39°-40°, et dessinant une courbe irrégulière.

Le septième jour, cette malade présentait un empatement de la région cervicale droite suivie d'une gangrène des tissus au neuvième jour, entraînant la mort au bout de quatorze jours qui ont suivi l'opération, malgré une thérapeutique énergique mise en œuvre de bonne heure.

Nous publions le cas de cette malade bien qu'il n'entre pas dans le cadre de notre thèse, parce qu'il nous montre combien on s'expose à d'imprévisibles conséquences fâcheuses quand on applique l'amygdalectomie systématique, et, à plus forte raison, quand celle-ci est pratiquée à chaud sur des organismes

infectés et affaiblis. Nous estimons que, dans de pareils cas, la responsabilité du praticien ne saurait être déchargée.

L'observation faite sur les deux derniers malades nous a enlevé toute l'ardeur avec laquelle nous avions eu l'occasion de pratiquer pour la première fois, une amygdalectomie à chaud au cours de laquelle nous avions enregistré pourtant de bons résultats.

Depuis lors, nous avons éprouvé une appréhension particulière à pratiquer cette intervention à chaud et nous recourons, chaque fois que nous nous trouvons en présence d'un cas de phlegmon de l'amygdale, non plus à elle, mais au procédé appelé par Canuyt « amygdalectomie à tiède ». Celle-ci nous a paru excellente car elle présente les mêmes avantages que l'amygdalectomie à chaud sans nous en présenter ce gros danger qui est la dissémination de l'infection.

Ce procédé comprend deux temps :

Premier temps : ouverture large de la loge amygdalienne ayant pour but l'évacuation de la collection purulente, puis tamponnement de la loge à l'aide d'une mèche iodoformée qu'on change au bout de douze heures.

Deuxième temps : pratiqué deux à trois jours après, dès que la température redevient normale ou presque normale. A ce moment, les phénomènes inflammatoires locaux s'atténuent notablement ; nous procédons alors à l'ablation de l'amygdale à l'anse froide.

L'amygdalectomie à chaud est-elle une intervention sans danger ?

A priori l'intervention à chaud semble présenter beaucoup de risques. Dans un milieu suppuré et infecté, nous faisons courir au malade un risque d'infection en enlevant l'amygdale.

Les vaisseaux étant ouverts, les voies d'accès aux agents pathogènes seraient préparées d'avance. Tel n'est pas l'avis des auteurs qui ont soutenu l'inocuité de cette intervention à chaud. Selon eux, il existe toujours en arrière de l'amygdale phlegmoneuse une membrane pyogène, véritable barrière de défense contre les hémorragies et les infections.

Le Professeur E. Halphen qui, depuis plus de cinq ans, pratiquait cette intervention, n'a observé ni accident ni incident sérieux. Dans ces deux dernières années, il ne s'est pas contenté non seulement d'enlever l'amygdale phlegmoneuse, mais il pratique aussi l'ablation de l'amygdale saine opposée dans la même séance.

Linck considère l'amygdalectomie à chaud comme inoffensive et la pratique systématiquement dans tous les cas de phlegmons (3^e Congrès International d'O.-R.-L., 1933. *Annales d'O.-R.-L.*, sept. 1936).

Les auteurs sud-américains : Antonio E. Carrocosa et Fernando J. Castellanos qui ont à leur actif plus de deux cents cas traités à la clinique d'O.-R.-L. de l'hôpital Ramos Méja ne voient que les avantages présentés par ce procédé.

Tato (*Revista Assoc. Medica Argentina*, janv. 1933), publiait en 1933 une statistique des cas opérés par les divers auteurs en ces dernières années :

Volger, en 1925.....	18 cas
Linck, 1928-1931.....	163 cas
Erderyi, 1929.....	43 cas
Canuyt, 1930-1931.....	52 cas
Zambrini } 1931-1932.....	50 cas
Podesta }	
Tato, 1931-1932.....	30 cas

Dans tous ces cas, Tato ne constate que de bons résultats. L'absence de complications est la règle.

Parmi ce nombre respectable de cas, il en cite un de Canuyt dans lequel le traumatisme opératoire peut être considéré comme responsable d'accident septique avec des signes de rhumatisme infectieux et un autre cas personnel de l'auteur avec une hémorragie de médiocre importance et qui cède facilement à une injection de coagulène.

Par contre Haardt a publié en 1927 (*In Annales d'O.-R.-L.*, 1935, p. 258), deux cas avec complications graves qui se sont terminés heureusement par la guérison ; dans le premier, il s'agit simplement d'une persistance de la fièvre à 40° pendant plus de quatre jours ; dans le second : pyohémie grave du-

rant plusieurs semaines avec endocardite et empyème pleural. Finalement guérison.

Haymann rapporte deux complications :

1^o Septicémie grave, deux jours après l'intervention, avec purpura, néphrite, ictère, streptocoques hémolytiques dans le sang. Mort au bout de dix jours ;

2^o Gros abcès périamygdalien : énucléation. Deux jours après : septicémie. Intervention cervicale. La jugulaire non thrombosée est extirpée, ainsi que les ganglions qui, eux, sont fortement atteints. Pas d'effet sur l'évolution de la maladie.

Mort au bout de quelques jours.

Dans ces 4 cas, les auteurs ont insisté sur le fait qu'au moment de l'intervention, l'état général des malades était bon et qu'il n'y avait que peu de fièvre.

F. Zollner (Tonsillektomie oder Incision bei para tonsillarem abzess, *Zeitschr. F. Hals.*, Berlin, 15 mai 1934) a, pendant deux ans, opéré 91 malades. L'amygdalectomie totale à chaud a été pratiquée avec anesthésie locale. Quatre malades atteints de complications déjà avancées sont morts de septicémie, malgré l'amygdalectomie, sans qu'on puisse incriminer cette intervention.

Parmi les 87 autres malades :

— trois ont eu des poussées à 40° s'accompagnant chaque fois d'infiltration douloureuse de la base de la langue.

— 42 ont vu leur fièvre céder rapidement.

— 28 ont eu une poussée de température le lendemain.

— 14 ont gardé la fièvre pendant un certain temps sans qu'il y eût une cause spéciale.

L'auteur pense que les accidents iraient en se multipliant si l'amygdalectomie devait être pratiquée par n'importe qui et dans n'importe quelles conditions.

Conclusions

Sans méconnaître les beaux résultats obtenus par l'amygdalectomie totale à chaud, nous ne croyons pas qu'elle soit tout à fait exempte de dangers. Les accidents, bien que rares, ne sont pas exceptionnels. Une conclusion ferme nous paraît donc actuellement prématurée et difficile à établir avec certitude. Bien entendu, comme toutes les interventions, l'amygdalectomie à chaud a ses risques ; mais opérer les malades pour une affection bien souvent sans conséquences graves, c'est engager une grosse responsabilité. Et, puisque nous ne voulons risquer d'émettre aucun conseil trop impératif, il nous semble prudent de restreindre ce procédé et de le réserver pour les cas où « l'infection amygdalienne a dépassé le cadre local et vient se compliquer de manifestations d'ordre général, surtout lorsque celles-ci viennent prendre l'allure clinique d'un début de septicémie ».

Avant d'y recourir, certaines précautions nous paraissent nécessaires :

- 1^o hospitaliser les malades ;
- 2^o s'assurer de la présence de la collection purulente par une ponction exploratrice.

En dehors de ces cas particuliers, à l'amygdalectomie à chaud nous préférons l'amygdalectomie à tiède qui présente les mêmes avantages sans en avoir les inconvénients ; l'ablation de l'amygdale faite, dans ce cas, non plus en un milieu suppuré et infecté, mais en dehors de tous phénomènes inflammatoires, réduit, par conséquent, considérablement les risques d'infection.

Vu : le Président de la thèse,

F. LEMAITRE.

Vu : le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BALDENWECK (L.). — Traitement des phlegmons péri-amygdaliens. *Phare Médical de Paris*, juillet 1935.
- BARNES. — The radical treatment peritonsillar abcess (*Boston med. a surg. journ.*, 30 déc. 1915).
- BASAVILBASO. — Extirpation de l'amygdale dans quelques-uns de leurs processus aigus (*Revue de Laryngologie*, 30 nov. 1929).
- CANUYT (G.). — Phlegmon de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale à chaud. *Soc. de Laryngo. des Hôpitaux de Paris*, mai 1931.
- CANUYT (G.) et DAULL (P.). — Phlegmon de la loge amygdalienne. Diagnostic et traitement. Masson, Éditeur, 1933.
- CANUYT (G.). — Amygdalectomie totale à tiède. *Presse Médicale*, 13 mai 1933.
- CANUYT (G.) et HORNING. — Les abcès de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale à chaud. *Paris Médical*, 5 sept. 1931.
- GAMES (F.) et TATO (J. M.). — Les abscessos paratonsillares de curso atipico sec tratamiento por la tonsillectomia. *Rev. Assoc. Medi. Argentina*, janv. 1934.
- GUILLERMIN (M.) et CAMOREY. — Phlegmons périamygdaliens traités par amygdalectomie totale à chaud. *Lyon Médical*, mars 1934.
- GORDYSHEVSKI (T. J.). — Question of incision on tonsillectomy in peritonsillar abcess (*Sovet. Vrach Zhur. March 15, 1937*).

- HALPHEN (E.). — Amygdalectomie à chaud dans le traitement des abcès périamygdaliens collectés. *Annales d'O.R.-L.*, 4 avril 1933, p. 480.
- HELLER. — Peritonsillar abcess and its radical treatement. *Laryngoscope*, 1922, n° 3.
- HOFER (G.). — Die tonsillektomie bei abszess der tonsille. *Folia oto-laryngo., Orient*, janv. 1935.
- JAUERNECK. — La tonsillectomie pour abcès amygdalien (discussion). *Zentralblatt für Chirurgie*, Leipzig, sept. 1935.
- L'amygdalectomie dans l'abcès amygdalien. *Der Chirurg.*, Berlin et Vienne. Fasc. 16, 15 août 1937.
- KARL (Mathe). — Contribution à l'énucléation de l'amygdale dans la phase aiguë de l'inflammation. *Annales d'O.-R.-L.*, 1933.
- LEROUX (L.). — Traitement des abcès périamygdaliens par amygdalectomie à chaud. *Presse Médic.*, 31 déc. 1932, n° 105.
- LEWINGER. — *Munchner Med. Wochenblatt.*, n° 39, 1930.
- LINCK. — Abcès de l'amygdale et l'amygdalectomie totale à chaud (Opération de Winckler). In *Journ. de Chir.*, n° 5, nov. 1934 ; *Zeit. F. Hals Nassen*, n° 3, juil. 1933.
- MERENFEND (M.). — Thèse, Paris, 1934.
- BOTEY (Ricardo). — Amygdalites phlegmoneuses. Extirpation de la moitié supérieure. *Ann. des maladies de l'oreille*, 1900.
- ROSENTECH. — Thèse, Paris, 1938.
- TATO (Juan Manuel). — El tratamiento de los flegmones y absesos periamygdalinos por la amygdalectomia, como metodo de eleccion. *Revista asoci. Medica Argentina*, janv. 1933.
- WINCKLER. — Ueber therapie der phlegmonosen Eutzundungen des Woldeyerschen Ringes. *Dtsch. Med. Wochenschr.*, 1911, n° 46.

- ZAMBRINI et PODESTA (R.). — La amygdalectomia immediata.
Metodo de eleccion en al tratamiento de los abscessos
paratonsillares. *Revista Ass. Med. Argentina*, janv. 1933.
- ZOLLNER (F.). — Tonsillektomie oder Incision bei paratonsillarem abzess. *Zeitschr. f. Hals*. Berlin, 15 mai 1934.
-

3072. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1939
